

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号	3 9 1 3 2 0 9 7	個人番号 (マイナンバー)												
被保険者番号		療養を受けた	被保険者氏名											
公費負担者番号			生年月日	年 月 日										
公費受給者番号			入外区分	入院・外来	給付割合	割								
診療年月	年 月	療養期間	年 月 日 から											
診療日数	日		年 月 日 まで											

種 類	1. 一般診療 2. 海外診療 3. 補装具 4. 柔整 5. あんま・マッサージ 6. はり・きゅう 7. 移送 8. その他
傷 病 名	
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関名又は施術師	
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審 査 認 定 額		療養に要した費用額	
一 部 負 担 金		食 事 標 準 負 担 額	
支 給 金 額			

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は () 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータルに登録した公金受取口座を利用します (被保険者本人のみ利用可) ※マイナポータルに登録した口座を利用する場合は☑を入れ、振込先口座(下記太枠部)は記入しないでください。 ※公金受取口座を利用できるのは被保険者本人のみです。 ※マイナポータルに口座を登録していない場合や、被保険者本人以外の方の口座は利用できません。
--------	--

振 込 先	銀 行	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
	信用金庫 信用組合 協同組合			

口座番号 (左詰め)	
------------	--

口座名義人 (カタカナ)	
--------------	--

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

後期高齢者医療
療養費支給申請書

記入方法見本

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

必ずどちらかに
○をつけて下さい。

保険者番号	3 9 1 3 2 0 9 7	個人番号 (マイナンバー)	
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名	後期 花子
公費負担者番号		生年月日	昭和○○年 ○○月 ○○日
公費受給者番号		入外区分	入院 <input checked="" type="radio"/> 外来 <input type="radio"/> 給付割合 7・8・9 割
診療年月	○○年 ○○月	療養期間	○○年 ○月 ○日 から
診療日数	0 1 日		年 <input checked="" type="radio"/> いずれかご記入ください。

種類	1. 一般診療 2. 海外診療 <input checked="" type="radio"/> 3. 補装具 4. 柔整 5. あんま・マッサージ 6. はり・きゅう 7. 移送 8. その他
傷病名	診断書の疾病名を記入してください。
診療を受けた医療機関等の所在地	診断書の医療機関の住所を記入してください。
診療を受けた医療機関名又は施術師	診断書の医療機関名を記入してください。
支給申請をした理由	「治療上必要な装具を作成したため」と記入してください。
発病又は負傷の理由	※自らが原因での怪我（交通事故等でないことが分かるように記入してください。）

療養に要した費用額	○ ○ ○ ○	食事回数	
審査認定額		療養に要した費用額	
一部負担金		食事標準負担額	
支給金額			

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータルに登録した公金受取口座を利用します（被保険者本人のみ利用可） <small>※マイナポータルに登録した口座を利用する場合は<input checked="" type="checkbox"/>を入れ、振込先口座(下記太枠部)は記入しないでください。 ※公金受取口座を利用できるのは被保険者本人のみです。 ※マイナポータルに口座を登録していない場合や、被保険者本人以外の方の口座は利用できません。</small>		
振込先	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合 <input type="radio"/> 協同組合	<input checked="" type="radio"/> ○△□ 本店・支店 <input type="radio"/> ()	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座
口座番号 (左詰め)	1 2 3 4 5 6 7	振込み先の「銀行名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人名」を記入してください。	
口座名義人 (カタカナ)	コウキ ハナコ		

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

○○年 ○○月 ○○日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

所 町田市○○町1-2-3

後期 花子

先 △△△-○○○-×××

申請者欄は被保険者の「住所」「氏名」を記入してください。
連絡先は日中連絡の付く電話番号を記入してください。申請者以外の連絡先の場合は欄外に氏名を記入してください。